FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1876 — **THÈSE** — N° 370

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 août 1876, à 1 heure

PAR S.-J. DESCOUTS

Né à Saint-Jean de la Blaquière (Hérault), le 28 avril 1850.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER PRIMITIF DU LARYNX

Président de la Thèse : M. VERNEUIL, *Professeur.*

Juges : MM. HARDY, *professeur* — DELENS, FERNET, *Agregés.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1876

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. VULPIAN.

Professeurs..... MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. POTAIN.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	N. SEE (G.). LASÈGUE. HARDY.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. BROCA. VERNEUIL.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DAMASCHINO.	GARIEL.	LEDENTU
BERGERON.	DELENS.	GAUTIER.	NICAISE.
BLUM.	DE SEYNES.	GUÉNIOT.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DUGUET.	HAYEM.	RIGAL.
BOUCHARDAT.	DUVAL.	LANCEREAUX.	TERRIER
BROUARDEL.	FARABEUF.	LANNELONGUE.	
CHARPENTIER.	FERNET.	LECORCHÉ.	

Agrégés libres chargés d cours compl mentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N.*
— des maladies des enfants	BLACHEZ.
— des maladies mentales et nerveuses	BALL.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— des maladies des voies urinaires	GUYON.
— des maladies syphilitiques	FOURNIER
Chef des travaux anatomiques	Marc SEE.

Le Secrétaire : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. DUJARDIN-BEAUMETZ

Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Faible témoignage de la reconnaissance de son élève.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF DU LARYNX

Notre but n'est pas de donner ici une étude complète du cancer primitif du larynx. Malgré les récentes recherches qui en ont établi, d'une façon si précise, la marche et la symptomatologie, l'étude de cette affection laisse encore trop de points inconnus pour que la publication et la discussion aussi exactes que possible de nouvelles observations ne puissent présenter quelque intérêt. Le champ est encore assez vaste, beaucoup trop même pour notre inexpérience d'élève mis en demeure aujourd'hui, pour la première fois, d'ébaucher quelques pages sur un sujet de pathologie. Il y a quelque chose de bon dans les plus mauvaises choses, a dit un grand philosophe, nous serions heureux de ne pas faire mentir cette grande parole, et nous avons besoin, pour cela, de toute la bienveillante indulgence de nos juges.

Par une coïncidence aussi heureuse qu'imprévue, un nouveau cas de cancer du larynx s'est présenté à nous dans le service de M. le professeur Broca, au moment où nous allions terminer notre travail. Malheureusement, une partie de l'examen du malade, examen laryngoscopique, est incomplète; néanmoins, l'observation de ce malade présente un grand intérêt.

Que M. le Dr Poyet, chef de clinique, veuille bien accepter ici l'hommage de notre reconnaissance, pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer dans nos visites à la clinique de M. le Dr Fauvel.

INTRODUCTION.

DIVISION DU SUJET.

Tous les auteurs depuis Trousseau, qui, le premier, dans son Traité annonce le cancer du larynx, décrivent deux formes de cancer. MM. Turck, Mandl, Rokitansky, Blanc, Fauvel admettent le cancer médullaire et le cancer épithélial; seul M. Isambert décrit quatre variétés de cancer laryngien. L'époque est encore éloignée, dit cet auteur, où nous pourrons classer divers cancers du larynx selon leurs espèces anatomo-pathologiques, et chercher les variations de symptômes, de marche, de terminaisons ou les indications thérapeutiques spéciales qui pourront répondre à leurs variétés histologiques. Pour le moment, il faut nous en tenir aux caractères apparents et à l'observation clinique du siége, des symptômes et de la marche que les cancers ont présentés chez les différents malades. Aussi, sous le nom de tumeurs malignes du larynx, M. Isambert décrit-il quatre formes de cancer :

1° Cancer extrinsèque du larynx (laryngo-pharyngien);

2e Cancer polypiforme;

3° Cancer squirrheux intra-laryngien;

4° Cancer sous-glottique ou trachéal.

Nous retrouvons une division basée également sur le siége de la tumeur dans le travail de M. Duret et le Traité de pathologie interne de MM. Follin et Duplay.

Les auteurs, tout en acceptant la division basée sur l'histologie, reconnaissent que la marche et l'aspect de la lésion pathologique varient selon les parties du larynx où elle se développe primitivement. Aussi, dans leur description, désignent-ils le cancer de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, le cancer de la face antérieure des cartilages aryténoïdes, le cancer de la glotte proprement dite.

Nous accepterons au point de vue anatomo-pathologique, la division histologique en cancer médullaire et cancer épithélial, réservant la question de siége pour un paragraphe spécial. Ces deux formes de cancer ne résumant pas cependant toutes les tumeurs malignes du larynx, dans ces derniers temps, plusieurs auteurs ont signalé d'autres espèces anatomiques, dont nous dirons quelques mots.

Dans le premier chapitre de l'anatomie pathologique, nous traiterons du cancer proprement dit; dans le second, nous comparerons les autres variétés anatomiques moins connues jusqu'à présent; puis après quelques réflexions sur le siége en général, nous aborderons l'étude de l'étiologie, de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement du cancer proprement dit du larynx.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cancer médullaire. — Au point de vue de sa composition histologique, le cancer médullaire du larynx ne présente pas de caractères spéciaux. Là comme ailleurs, c'est une néoplasie riche en cellules et en noyaux, et parcourue par un réseau abondant de capillaires. Tan-

tôt il se présente sous forme de tumeur ronde, lisse, tantôt sous forme mamelonnée. Dans les deux cas, il a une base large, et ce n'est que rarement qu'il affecte la forme de polype ou pour mieux dire de gros choufleur. Généralement on l'aperçoit au début, sous forme de noyaux circonscrits dans le tissu sous-muqueux. Sa consistance est molle, lardacée. La muqueuse qui le recouvre est rouge, violacée. Ses progrès sont rapides, et sa tendance à l'ulcération ne tarde pas à se manifester. Toutefois l'apparition de l'ulcération et des phénomènes qu'elle entraîne sera d'autant plus précoce que la tumeur sera plus exposée à l'irritation causée par le passage des aliments.

On comprend facilement que la marche de la tumeur toujours croissante, il est vrai, occasionnera des symptômes différents selon son siége primitif. L'étude de ces phénomènes trouvera mieux sa place au chapitre de la symptomatologie. Malgré cette rapidité d'évolution, les parties environnantes restent assez longtemps indemnes. En général, ce n'est que lorsque la tumeur resserrée dans de trop étroites limites, cherchera à s'étendre que nous verrons les cartilages, frappés de nécrose, ou donner lieu à des chondrites suppurées. Devons-nous rapporter au cancer médullaire les deux dernières formes de M. le docteur Isambert, cancer squirrheux intra-laryngien et cancer sous-glottique ou trachéal. Les deux cas cités par cet auteur semblent nous y autoriser. La description donnée du premier se rapproche assez du début du cancer médullaire développé dans une corde vocale vraie, ou du moins proche d'elle. « La tumeur est grosse d'abord comme un pois,

puis comme une noisette, et de bonne heure la corde vocale présente une ulcération d'un aspect particulier, anfractueuse, comme taillée à pic. » D'autres fois, la tumeur est bosselée, d'un rouge sombre, sans présenter d'autres caractères spécifiques. » « Quant à la seconde forme, cancer sous-glottique, elle est présentée comme « pouvant affecter la forme d'un polype, flottant librement dans la trachée comme une sorte de corde irrégulière. »

Cancer épithèlial. — Cette forme plus difficile à reconnaître au début est la plus fréquente que l'on rencontre dans le larynx. Son aspect est celui d'une tumeur de dimensions variables comme base d'implantation. « Sa surface inégale ressemble beaucoup à un papillome; peu à peu cette tumeur progresse sans prendre l'aspect végétant en masse, caractéristique de la forme précédente. On dirait plutôt que les différentes parties envahies se recouvrent de petites végétations papillaires » (Fauvel). On se rappelle que cette forme comprend les deux premières variétés, cancer extrinsèque et cancer polypiforme de M. Isambert. Cet auteur insiste aussi sur la ressemblance fréquente du papillome avec le cancer épithélial. Ce mode de développement en forme de grappe, de végétations, a été noté par M. Blanc. Au point de vue de sa composition histologique, il revêt tantôt la forme pavimenteuse, tantôt la forme perlée ou lobulée (Duplay). Pour M. Blanc, ce serait surtout des cellules pavimenteuses ou cylindriques, plus souvent les premières, quelquefois toutes les deux qui composeraient cette variété de cancer, et, de plus, dans leur

arrangement, elles reproduiraient complètement la forme des acini. De son côté, M. Duplay constate que malgré la présence de glandes nombreuses dans la région, on n'a jamais signalé l'épithélioma glandulaire. Cependant dans une observation que mon ami M. le docteur Hermentier a bien voulu me communiquer, et qu'il tient de M. le docteur Maas (Breslau), on aurait constaté d'une façon certaine cette forme d'épithelioma glandulaire dans un larynx extirpé.

Tel est en général le processus que suivent ces néoplasmes; mais là ne s'arrête pas leur marche quand une complication quelconque ne vient pas enlever le malade, ou que celui-ci est privé des ressources de l'art. La marche du mal va toujours progressant, et alors les cartilages eux mêmes sont attaqués. Le mode selon lequel ils sont détruits a été bien étudié par M. Hénocque. Nous ne pouvons mieux faire ici que de reproduire la description telle que cet auteur l'a donnée dans la thèse de M. Blanc. L'envahissement des cartilages se produirait de deux manières différentes que M. Hénocque désigne : la première sous le nom d'envahissement direct; la seconde, sous le titre d'envahissement par transformations successives.

Envahissement direct. — « Dans le premier cas, il y a transformation brusque du tissu cartilagineux et du tissu épithélial; le tissu cartilagineux est comme découpé nettement et remplacé par du tissu épithélial.

« D'une part, on voit des chondroplastes qui ne paraissent nullement altérés, et presque contigus à ces éléments, des cellules épithéliales.

« Cependant on peut, en plusieurs points, distinguer entre le cartilage et l'épithélium, une zone étroite qui montre le mode d'envahissement ou de transformation. Dans cette zone, la substance hyaline fondamentale est remplacée par une masse granuleuse dans laquelle on trouve, surtout du côté de l'épithélium, des noyaux entourés d'une masse de protoplasma et même de cellules épithéliales arrondies, disposition analogue à celle que nous avons vue à la zone moyenne des portions de la tumeur qui ont envahi la muqueuse. Dans quelques points les cavités des chondroplastes sont encore remarquables, parce qu'elles ne sont qu'en partie comprises dans la masse granuleuse; mais elles sont remplies par des éléments épithéliaux. »

« Nulle part cependant je n'ai pu voir dans les chondroplastes, situés au milieu de substance cartilagineuse non altérée et encore transparente, des éléments épithéliaux renfermés dans les cavités des chondroplastes, ce qui indiquerait une transformation des cellules de cartilage en cellules épithéliales.

« Pour moi, il y a dans ces cas envahissement direct du cartilage par l'épithélium, en ce sens que la masse hyaline fondamentale du cartilage se transforme en une masse granuleuse, opaque, au sein de laquelle se développent les cellules épithéliales.

Envahissement par transformations successives. — Dans les parties du cartilage, les plus voisines de l'ulcération, on observe des altérations d'un autre ordre. En effet, au voisinage du périchondre, on voit une multiplication de cellules contenues dans les chondroplastes, puis la

substance fondamentale, devient striée, fibrillaire, et, à un degré plus avancé, elle ne se distingue plus du tissu fibreux du périchondre. En même temps, on observe des cellules épithéliales infiltrées dans ce tissu transformé.

« Il y a donc transformation fibroïde du cartilage et envahissement du tissu transformé par l'épithélium. »

Les symptômes qui accompagnent ce processus sont faciles à prévoir; au lieu de voir la peau du cou intacte, et ce dernier un peu gros ne présenter au toucher qu'une dureté caractéristique, on voit tout à coup la peau de la région gonfler, et à de certains endroits s'œdématier et présenter tous les symptômes d'un abcès profond. Le malade, qui est actuellement dans le service de M. le professeur Broca, nous présente un exemple de ce genre. On peut le voir aujourd'hui porteur de deux petits drains passés de chaque côté de la ligne médiane du cou, au milieu d'une tumeur formée par la peau soulevée, rouge, violacée.

Nous en avons fini avec l'anatomie pathologique du cancer médullaire et du cancer épithélial. La description que nous venons d'en donner est la seule que l'on trouve dans les auteurs. On est étonné cependant de les voir revenir à chaque instant, dans le courant de leurs descriptions, sur le diagnostic du cancer d'avec certaines autres tumeurs tout à fait ressemblantes par leur aspect, leur marche et surtout leur pronostic. C'est surtout au chapitre du traitement que l'étonnement augmente, quand on voit les deux genres de tumeur fondus ensemble, au point de vue thérapeutique. Dans ces derniers temps, on a même été plus loin; on a parlé

de la transformation possible d'une tumeur simple en une tumeur maligne, et cela surtout pour les tumeurs épithéliales. C'est là ce qui nous a engagé à dire ici quelques mots de cette question, sans pour cela être obligé, dans la suite de notre travail, d'en faire une étude complète. La place que nous donnons à ce chapitre, en le mettant dans l'anatomie pathologique, montre que nous ne voyons-là qu'une question incidente.

Des tumeurs épithéliales du larynx.

Tous les auteurs s'accordent à signaler comme cause d'erreur de diagnostic fréquente et souvent difficile à éviter, le papillome du larynx, sous quelque forme qu'il se présente. M. Duplay décrit deux formes de papillome, selon que l'aspect est villeux ou mamelonné. Pour lui, le papillome vrai est constitué exclusivement par des papilles hypertrophiées ; il présente parfois comme l'épithélioma, une forme irrégulière; il est composé de petites tumeurs agglomérées, dont l'agencement varié l'a fait comparer comme l'épithélioma aux choux-fleurs, aux crêtes de coq, aux mûres. C'est surtout lorsqu'il affecte une de ces formes que le diagnostic devient difficile. Jusque-là, l'altération ne dépasse jamais la muqueuse, le papillome est végétant à la surface, mais la couche profonde de la muqueuse qui le supporte est intacte. Au niveau de la tumeur « le derme s'épaissit, envoie trois ou quatre prolongements qui se subdivisent en une série de ramifications destinées à chacune des papilles hypertrophiées. Les couches de cellules épithéliales qui recouvrent ces irradiations du

derme sont parfois si nombreuses, qu'on ne voit d'abord que du tissu épithélial, et qu'on croit à un épithélioma vrai. Cette erreur est facile lorsqu'on n'examine que les parties enlevées par une opération par les voies naturelles; elle a souvent été commise par les auteurs. »

Ce serait une pure variété histologique, et qui, au point de vue clinique et du pronostic, ne donnerait rien à redouter; mais là ne s'arrête pas la marche de ces tumeurs. « Sous l'influence de cautérisations mal faites, d'irritations répétées, le derme sous-papillaire s'enflamme et constitue alors une barrière insuffisante au progrès du mal, qui ne s'étend plus en surface, mais pénètre dans la profondeur. On assiste alors à la transformation d'un papillome en un épithélioma. Toutefois il est vraisemblable que la tumeur ne devient réellement maligne que s'il existe une prédisposition du sujet. » (Duplay.)

Cette manière de voir, conforme d'ailleurs aux faits, est à peu près celle de Foerster. Dès 1868, M. Boeckel avait été frappé de la malignité de certaines tumeurs regardées jusque-là comme d'un bon pronostic. A cette occasion, il se range complètement à l'opinion de Foerster. Cet auteur fait une distinction entre les diverses tumeurs composées en majeure partie d'épithélium, et que l'on range indistinctement dans la classe des cancers épithéliaux. On doit distinguer des tumeurs papillaires et le cancroïde vrai. Dans le papillome, les cellules occupent leur place normale. C'est un épiderme hypertrophié, supporté par des papilles hypertrophiées; dans le cancroïde, des cellules épithéliales se développent dans l'intervalle des tissus, là où normalement il

n'existe aucun élément de ce genre, et y affectent un aspect perlé. C'est la confusion de ces deux formes qui a donné lieu à des appréciations si différentes sur la gravité de l'épithélioma des lèvres : pour les uns, c'est une affection bénigne qui guérit le plus souvent par un traitement approprié; pour les autres, le cancer épithélial est aussi malin que les autres cancers. C'est que les premiers ont surtout en vue le papillome, les seconds le cancroïde. « Enfin il y a une circonstance qui contribue à maintenir cette confusion, c'est que le papillome peut dégénérer en cancroïde à sa base. O trouve alors à la surface des tumeurs des végétations papillaires, et à la base la structure du cancer épithélial. » (Foerster cité par Boeckel.)

Sans être aussi affirmatifs et sans chercher à expliquer le fait, tous les auteurs sont d'accord pour le constater. Dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (article *Larynx*) ne voyons-nous pas M. Boeckel ranger la description anatomique du cancer du larynx immédiatement après le papillome, entre celui-ci et les polypes muqueux?

Ce mode d'exposition n'implique-t-il aucun rapprochement? Nous verrons plus loin comment M. Krishabert entend le cancer du larynx. En traitant des polypes, mais surtout dans son article *Cancer* (Dictionnaire encyclopédique), cet auteur se demande si les épithélioma doivent être rangés parmi les polypes ou parmi les cancers. Pour lui la plupart des tumeurs de ce genre doivent rentrer dans les tumeurs malignes du pharynx et de la portion supérieure de l'œsophage.

Chaque auteur semble donc s'être fait une classifica-

tion à lui propre, sans avoir pris pour base une donnée fixe précise, qui permît de se faire une bonne idée soit clinique, soit anatomique des tumeurs du larynx. Le conseil donné par M. Isambert serait presque justifié, et l'on comprend que cet auteur préfère le mot maligne. Reste la classification adoptée par M. Fauvel. Nous connaissons déjà la division, au point de vue du cancer, en épithélioma et cancer médullaire. D'un autre côté, si nous jetons un coup d'œil sur la classification donnée pour les polypes, nous voyons rangés à côté du papillome un épithélioma et un sarcome. Nous ne trouvons rien dans la description anatomique de ces tumeurs qui se rapproche des vues des autres auteurs. Le sarcome sera d'autant plus grave, qu'il se rapprochera davantage de l'état embryonnaire ; aussi nous le laissons de côté. Dans la classe des épithélioma, M. Fauvel range tous les polypes à structure tubulée. Si à cela nous ajoutons le papillome généralisé, nous aurons la classe des polypes de mauvaise nature de cet auteur.

Au point de vue anatomo-pathologique, ce sont surtout les papillomes cornés qui sont désignés. Pour ce qui est du processus pathologique que nous avons décrit au début de ce chapitre, M. Fauvel le signale mais ne peut se prononcer. Cependant deux cas qu'il a observés viendront à l'appui de la prétendue transformation des polypes en « tumeurs sarcomateuses. » (Fauvel.)

A ses yeux, la vascularisation si grande parfois du papillome suffit pour expliquer le développement rapide, surtout si, à cette prédisposition, vient se joindre une inflammation traumatique développée par une opé-

ration incomplète. Parfois enfin il a vu le papillome envahir rapidement, quand une affection pulmonaire intervient. Disons cependant qu'à l'encontre du sarcome qui, pour cet auteur, est souvent au-dessus des ressources de l'art, les papillomes et les épithélioma, par une chirurgie active, longtemps suivie, peuvent être arrêtés dans leur marche envahissante.

Ainsi donc, pour expliquer la malignité de certaines tumeurs d'apparence bénigne au début, nous trouverons trois opinions. Foerster admet la dégénérescence du papillome en épithéliome pur et simple; M. Duplay l'admet, en admettant toutefois une prédisposition du sujet. Reste enfin l'opinion de M. Boeckel, qui ne voit dans ce fait qu'une simple concomitance. Pour nous, s'il nous était permis ici de former une opinion, nous dirions que nous ne voyons là qu'une influence diathésique. Étant donné un papillome dont le développement et la marche ne présentent aucun caractère de malignité, mais dont le porteur est en puissance d'une diathèse à l'état latent, qu'une opération intervienne, et elle sera le coup de fouet qui réveillera la maladie, le point de départ de toute une série d'évolutions morbides qui prendront rapidement le caractère malin.

L'exposé qu'on vient de lire montre un point important à étudier Nous l'avons signalé.

SIÉGE.

M. Blanc se demande si le cancer du larynx obéit à la loi de Virchow qui place le siége le plus fréquent des cancers aux parties les plus étroites des canaux. Ce se-

rait donc l'orifice glottique qui devrait être le siége de prédilection du mal. Il n'en est pas ainsi. La statistique de M. Fauvel prouve que c'est le plus souvent à gauche et à la partie supérieure du ventricule que se développe le cancer. Sur 37 cas recueillis par cet auteur, il a vu 26 fois le mal siéger à gauche, 16 fois sur la corde vocale supérieure. M. Duplay se range aussi à cette opinion, et voici l'explication qu'il donne de ce fait : « Si le cancer primitif ne paraît pas avoir tendance à se développer sur le bord libre de la corde vocale inférieure, c'est qu'en effet la muqueuse à ce niveau prend les caractères d'une fibro-muqueuse, aussi est-elle le siége de prédilection du papillome. » Seul M. Isambert admet que le cancer intra-laryngien d'emblée (forme squirrheuse) s'observe plutôt sur les cordes vocales vraies que sur les bandes ventriculaires. Il reste à dire un dernier mot de l'importance attachée par M. Krishabert au siége des tumeurs du larynx, car c'est là que nous trouverons la raison de la rareté excessive, selon cet auteur, des tumeurs malignes du larynx. Pour lui, il est incontestable que les tumeurs débutant par la paroi postérieure du pharynx, doivent trouver leur description dans les maladies de cet organe, qu'elles figurent à tort dans les maladies du larynx. Il appuie son dire sur le fait suivant : c'est que le cancer du pharynx, de l'œsophage, comme celui des voies digestives tout entières, est plus commun que le cancer des voies aériennes. Aussi considère-t il comme appartenant au pharynx, les tumeurs cancéreuses qui atteignent la paroi aryténoïdienne, et cela d'autant plus que ces tumeurs, à mesure qu'elles se développent, se portent plus en arrière vers le pha-

rynx que vers le larynx. Cette manière de voir n'a pas été adoptée par les auteurs, aussi ne croyons-nous pas, dans ce travail, devoir la faire entrer en ligne autrement que pour mémoire.

ÉTIOLOGIE.

Nous ne voudrions pas répéter ici l'énumération de toutes les causes banales qu'on est habitué de mettre en tête de l'étiologie de toute maladie dont la cause est inconnue. Quoique les observations de cancer du larynx se multiplient tous les jours, il n'est pas possible de donner encore une statistique étiologique. Sur 29 cas, M. Blanc n'a pas trouvé un seul cas d'antécédents héréditaires. Le traumatisme, l'abus de la parole, le froid, les excès de toute sorte, ont été invoqués. Sur 42 cas observés, M. Fauvel a pu trouver 2 cas avec antécédents héréditaires. Le même médecin cite un cas où le traumatisme paraît avoir exercé une action du moins déterminante. Mentionnons encore l'influence que cet auteur attribue à l'eau de certains pays comme cause de cancer en général. Nous pouvons, au même titre, indiquer l'alimentation, le genre de vie, causes depuis longtemps citées par M. le professeur Broca. Faut-il, avec Virchow, admettre une irritation locale ou organique persistante? Il est bien difficile de poser des règles à ce sujet, mais il est un fait plus important auquel M. Isambert fait jouer un grand rôle dans la pathogénie du cancer. Tout le monde connaît la relation établie par M. Bazin, l'herpétisme d'un côté, le cancroïde et le cancer de l'autre. Le cancroïde de la langue surtout a été

signalé comme succédant au psoriasis lingual. Dans ce même ordre d'idées, M. Isambert cite 5 cas dans lesquels l'herpétisme ou l'arthritisme aurait exercé une réelle influence sur l'apparition du cancer. Un malade était atteint de psoriasis depuis sa jeunesse; un autre était porteur d'une affection squameuse qu'on avait cru à tort syphilitique. Dans les deux derniers cas, il s'agit de deux malades arthritiques sous le coup de la goutte, et qui ont succombé au cancer du larynx. Nous sommes heureux de pouvoir apporter nous-même un nouveau fait à l'appui de cette manière de voir. Chez le malade qui se trouve actuellement dans le service de M. le professeur Broca, au milieu des quelques renseignements que nous avons pu obtenir, nous retenons le suivant : en 1856, le malade fut soigné à l'hôpital Saint-Louis par M. le Dr Simonet pour un eczéma liquenoïde siégeant principalement autour des articulations. Depuis lors cet homme n'a jamais vu son affection complètement guérie; il s'est établi un eczéma chronique dont on peut encore voir les restes autour des articulations des membres supérieurs (coudes, poignets). Ajoutons que le malade raconte lui-même que depuis deux ans son affection s'est beaucoup améliorée. Etrange coïncidence! ces faits intéressants méritent d'attirer l'attention des observateurs, car ils ouvrent peut-être une voie plus fertile en déductions que ne l'ont été celles suivies jusqu'à ce jour.

SYMPTOMOLOGIE.

Pour être complète et en rapport avec les faits, l'étude de la symptomatologie doit comprendre l'ensemble des phénomènes provoqués par le cancer, quels que soient son siége, sa nature. Certains auteurs ont suivi dans cette étude la division qu'ils avaient adoptée déjà, celle du siége de la tumeur; mais cette méthode nous exposerait à des redites et semblerait établir dans l'évolution de la maladie des différences tranchées qui n'existent pas en réalité. Outre les symptômes généraux que nous retrouvons ici comme dans toutes les maladies, nous aurons à étudier les symptômes fournis par l'examen laryngoscopique. Enfin, dans un autre paragraphe, nous étudierons les symptômes fonctionnels, et là nous retrouverons les caractères, dont l'aspect et l'intensité varieront, particuliers à chacun des siéges où la tumeur peut se développer primitivement.

Symptômes fonctionnels. — Ici se rangent les troubles de la respiration, de la phonation et de la déglutition. Généralement, ce sont les troubles de la phonation qui ouvrent la scène. Le malade, après quelques enrouements qui se montrent à des intervalles variés, voit sa voix rauque d'abord devenir bientôt complètement aphone. Cependant M. Fauvel n'admet pas dans le cancer une aphonie complète, du moins dans les premiers temps de la maladie. Il a vu que les cancéreux arrivent toujours, par des efforts plus ou moins soutenus, à faire entendre des sons rauques, il est vrai, mais qui peu-

vent être perçus; tandis que les tuberculeux ont toujours une voix éteinte et une toux soufflée.

D'autres fois le début est marqué par de la dyspnée. Le malade s'aperçoit tous les jours que sa respiration devient de plus en plus pénible; surtout quand il fait le moindre exercice. M. Blanc rapporte un exemple où l'apparition du mal fut brusque. MM. Fauvel et Isambert signalent la possibilité de cette apparition brusque du mal, qui peut se terminer par un accès de suffocation mortel. Le malade, qui jusque là avait cru à de simples rhumes, voit sa respiration devenir de plus en plus difficile, alors se présente un symptôme pathognomonique d'après M. Fauvel; c'est le cornage dur. Il se passe ici ce qu'on retrouve dans toutes les sténoses du larynx. Le malade, pour respirer, est obligé de faire appel aux muscles du cou et du thorax. Le mode de succession suivant lequel apparaîtraient ces troubles de la phonation et de la respiration, variera selon que la tumeur se développera primitivement sur une corde vocale vraie ou très-proche d'elle, ou selon qu'elle aura envahi d'abord les ventricules de Morgagni ou la partie supérieure du vestibule du larynx. C'est surtout dans le premier cas, quand la corde vocale ou ses alentours sont envahis, qu'on observe l'apparition brusque de la raucité de la voix, de l'aphonie et enfin de la mort subite par suffocation. Le murmure vésiculaire sera diminué dans toute l'étendue du poumon, et couverte en grande partie par les bruits pathologiques du larynx. Nous n'entrerons pas ici dans l'exposé qui a été fait du cornage par MM. Empis (Union médicale), G. Sée, Cognés et M. le professeur Trélat (mem. de l'Acad. de méd., 1869).

Pour expliquer l'altération de la voix, on a invoqué l'asynergie vocale, et pour la terminaison brusque, on a fait intervenir un spasme subit lié à la surexcitation du système nerveux (Duret). Au contraire, lorsque la tumeur siége dans le vestibule, on observe surtout les troubles liés à tout rétrécissement des voies aériennes. Chose étonnante même lorsque le calibre du larynx est réduit des trois-quarts de son volume, alors qu'on devrait s'attendre à une dyspnée intense, on voit l'air trouver une voie suffisante à travers ces tumeurs qui encombrent le larynx et dont le développement relativement lent et progressif à permis une sorte d'accoutumance à l'individu.

Pour M. Blanc, les phénomènes de dyspnée deviendraient plus fréquents pendant la nuit, surtout quand le malade est dans le décubitus dorsal. Sauf dans le cas où la terminaison est brusque, l'apparition de la dysphagie est en rapport avec la rapidité d'évolution de l'ulcération et surtout avec le siége de la tumeur. Plus celle-ci sera près de l'extrémité supérieure et de la paroi postérieure du larynx, plus tôt apparaîtront les symptômes de la dysphagie. Celle-ci, lorsque la tumeur débute sur l'épiglotte ou les aryténoïdes peut ouvrir la scène, car le passage continuel des aliments ne fera que hâter l'ulcération de la tumeur. Une fois déclarée, la difficulté de la déglutition va tous les jours augmentant à tel point que bientôt le malade est réduit à quelques aliments demi-solides, parfois même l'obstruction des voies digestives a nécessité l'emploi de la sonde œsophagienne pour permettre de donner au malade quelque nourriture. On ne saurait mieux représenter ce qui

se passe ici qu'en le comparant à ce que nous voyons à la dernière période de la tuberculose laryngo-pharyngienne. Quoique plus lente à paraître, la dysphagie ne se montre pas moins, il est vrai, à la fin, lorsque le cancer a pris naissance dans le ventricule de Morgagni. On comprendra facilement l'importance du moment de l'apparition de ce symptôme au point de vue du diagnostic du siége de la tumeur. De même dans le cas où la dysphagie sera le symptôme du début, l'apparition de l'aphonie indiquera soit la perte de mouvements de certaines articulations laryngiennes, soit une altération des récurrents envahis par la tumeur, soit enfin une compression de ces mêmes nerfs par les ganglions péritrachéaux.

L'exposé qui précède nous montre l'importance qu'auront les troubles fonctionnels au point de vue de la terminaison de la maladie. Disons tout de suite qu'une fois seulement, on a pu observer un cas d'infection dans le cancer primitif du larynx. Le plus souvent ce n'est que l'exagération de ces troubles fonctionnels ou une maladie intercurrente qui a enlevé le malade.

Signes laryngoscopiques. — Avant de procéder à l'examen laryngoscopique, le médecin doit faire un examen attentif des organes extérieurs. Au début, les signes qu'il constatera seront peu nombreux, parfois même, rien ne se révélera à l'extérieur. Cependant, dans la plupart des cas où le malade viendra quérir un secours, on trouvera quelques ganglions engorgés ; ces derniers doivent toujours être recherchés avec beaucoup de soin. Rappelons ici que tous les ganglions, susceptibles

d'engorgement, ne sont pas toujours accessibles à l'exploration extérieure, et que souvent leur existence sera déduite de tel ou tel symptôme qu'il cause par compression. Dans le chapitre précédent, nous avons déjà attiré l'attention sur ce point. Au début, les ganglions sont durs, petits, roulants sous le doigt, mais dans la suite, ils peuvent acquérir la grosseur de la tête (Fauvel).

Un autre signe important, signalé par M. Isambert, et qui résulte de ce premier examen, est la déformation du cartilage thyroïde, qui se montrerait surtout dans les cancers intra-laryngiens. Le cartilage thyroïde est hypertrophié en masse, il a la forme de bouclier ou de carapace de crustacé, et ce signe, pour M. Isambert, a une importance telle, qu'il n'hésite pas à dire, après avoir passé tous les autres en revue : « En résumé, tous ces symptômes, excepté peut-être ceux du larynx en carapace, sont insuffisants pour diagnostiquer le cancer du larynx, si l'on n'y joint l'investigation laryngoscopique qui montrera la tumeur. » Tous les autres auteurs signalent bien les autres changements qui interviennent dans la forme du thyroïde, et qui rendent son angle moins saillant ; mais, nulle part, ni dans la description, ni dans les observations, il n'est fait mention d'une sensation particulière. Cet examen terminé, il reste encore un moyen d'aller plus avant dans le diagnostic, sans le secours du laryngoscope. Ce que nous avons dit du siége si varié où peut se développer primitivement le cancer, laisse deviner déjà l'immense profit que l'on peut tirer de l'exploration de l'arrière-gorge, avec les yeux et avec le doigt. Des yeux, on verra le changement de couleur qui a pu survenir autour de

l'extrémité supérieure du larynx, la muqueuse sera suivie attentivement dans tous ses contours. Du doigt, on atteindra la face postérieure de la langue, et, par le toucher, on reconnaîtra si l'épiglotte est soulevée, ulcérée, ou débordée par des végétations ou des fongosités. On comprend l'importance du dernier examen. Quoique pénible pour le malade et quelquefois même pour le médecin, il ne devra jamais être négligé, car il n'est pas de miroir qui fournisse une image aussi parfaite, qu'elle puisse rendre toutes les sensations, ou pour mieux dire, tous les renseignements que seul le toucher peut nous procurer.

Arrivé à ce point de l'examen du malade, fort de tous les renseignements qu'il aura déjà obtenus, le médecin aura déjà pressenti les résultats que va lui donner l'examen laryngoscopique. En faisant l'anatomie pathologique, nous avons empiété sur les données du laryngoscope; mais là, nous n'avons rencontré que des lésions matérielles, accentuées, qui n'existent qu'à la fin de la maladie. Au début, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de se prononcer. Hyperémie, congestion, léger gonflement, voilà ce que nous apercevons, ce qui nous fait pressentir le début d'une affection, sans nous dire quelle en sera la nature. Bientôt après, une tumeur se dessinera, peu saillante d'abord, sans caractères bien tranchés. Autour d'elle, la muqueuse de rouge qu'elle était devient vineuse, prend cet aspect molasse, œdématié, qui dégénère, petit à petit, pour devenir blafarde et exsangue (Fauvel). Que le cancer soit médullaire ou épithélial, le début ne variera pas davantage. Où commenceront les signes qui doivent les

différencier ? C'est quand l'ulcération apparaîtra. Tantôt, si c'est au niveau de l'épiglotte ou des replis épiglottiques que débute le mal, on apercevra de gros champignons, de gros nodules cancéreux, fongueux, envahis par une ulcération à bords épais, durs, remplie de bourgeons fongueux, saignant facilement. Le mal peut être borné à l'épiglotte qui, alors, est transformée en une masse arrondie, surmontée d'une ulcération grise, sanguinolente. D'autres fois, ce seront les replis glosso-épiglottiques où les cartilages arythénoïdes seulement, qui seront atteints. Dans ce dernier cas, quand le cancer siége à l'entrée de l'œsophage, dans l'espace interarythénoïdien, le cancer apparaît d'abord sous forme d'une plaque mamelonnée, ou sous forme de tumeur blanchâtre, gélatineuse (Fauvel), qui peut acquérir un volume considérable. Quand, au contraire, le cancer est intralaryngien, c'est surtout sur les cordes vocales supérieures ou dans les parois du ventricule de Morgagni que débute le mal ; il commence par une tumeur limitée, grosse d'abord comme un pois, qui gagne peu à peu en volume, jusqu'à ce qu'elle soit envahie par une ulcération qui en dévoile la nature. L'encéphaloïde aura une ulcération large, un bourgeonnement rapide et sur place ; les surfaces sont saignantes, visqueuses, adhérentes, et les parties voisines envahies par un œdème dur (Fauvel). L'épithélioma, au contraire, aura un bourgeonnement moins rapide, moins riche ; sa marche, plus lente, n'amènera l'obstruction que tardivement, mais le cortége des symptômes généraux se montrera plus vite. C'est surtout dans cette forme qu'on observe l'aphonie sans qu'il y ait asphyxie. Arrivé à la

dernière période, après avoir envahi le cartilage thyroïde, l'avoir désorganisé, perforé, pour se faire jour au dehors, l'épithélioma aura transformé le larynx en un canal fongueux, dont la lumière, se rétrécissant, petit à petit, pourra être oblitérée par la moindre mucosité (Duplay).

Symptômes généraux. — Les cancers du larynx, quelle que soit leur nature, s'accusent par des symptômes généraux exactement semblables, « et c'est là ce qui nous a engagé à considérer et à décrire l'épitholioma comme un cancer » (Fauvel).

Un des premiers symptômes, commun à presque toutes les variétés de cancer, et qui ne diffère que par son intensité, et le moment de son apparition, c'est la douleur, Au début, elle est très-vive, en général, et dans certains cas d'épithélioma intrinsèque, d'après M. Isambert, la maladie arrive à la période confirmée, sans que jamais les douleurs lancinates se soient produites ; ces dernières manquent rarement dans le cours ultérieur de l'affection ; elles offrent ce caractère particulier de ne pas rester limitées au larynx, mais de s'irradier d'abord à l'oreille pour s'étendre ensuite à la moitié de la face et au cou. On comprendra quelles souffrances doit endurer le malade, quand la dysphagie, avec tout son cortége douloureux, vient aggraver la situation.

Il est un autre symptôme, bien décrit par M. Fauvel, tandis que M. Isambert le signale à peine : nous voulons parler de la salivation, qui, d'après les premiers auteurs cités, ne manquerait jamais de se produire.

Son intensité est telle, parfois, que le malade expectore jusqu'à trois et quatre litres par jour. L'expectoration fluide-pâle et décolorée, au début, devient bientôt adhérente, visqueuse, chargée de débris organiques, venant de la tumeur, parfois aussi apparaissent de véritables crachats sanguinolents.

Pour en finir avec les symptômes généraux, il nous reste à étudier l'odeur, l'hémorrhagie et l'engorgement ganglionnaire. M. Fauvel consacre à chacun de ces symptômes, un chapitre spécial. L'odeur aurait ici les mêmes caractères qu'on lui retrouve dans tous les néoplasmes de mauvaise nature; heureusement pour le malade qu'il échappe lui-même à la sensation de cette odeur qu'il répand autour de lui.

Doit-on admettre dans le cancer du larynx des hémorrhagies qui mériteraient le nom de laryngorrhagies? M. Fauvel en cite quelques cas et les désigne de la sorte. Mais dans la majorité des cas, tout se borne à l'expectoration de crachats jus de groseille, plus ou moins abondants, et de quelques caillots rarement volumineux. On n'observe de vraies hémorrhagies qu'à la suite d'applications de caustiques concentrés, de tentatives d'excision, de l'emploi du galvano-cautère, de manœuvres en général tentées dans un but thérapeutique. On ouvre alors une large voie à l'écoulement sanguin, tandis que les petites ulcérations qui se produisent sur les malades ne donnent lieu qu'à l'expectoration sanguinolente dont nous avons parlé plus haut. M. Isambert n'attache pas une grande importance aux trois derniers symptômes que nous venons de décrire. « D'assez bonne heure, dit cet auteur, et dans toutes les va-

riétés, à ce qu'il paraît, on voit survenir une expectoration pâle, cohérente et mêlée de matières grisâtres fétides, ou d'une nuance vermeille plus ou moins colorée. La fétidité angmente beaucoup à la fin, et peut prendre une grande analogie avec l'odeur de la gangrène. »

MARCHE. — TERMINAISON.

Arrivé à la période confirmée, le cancer du larynx a une marche identique, quelle que soit sa nature. Selon que le mal aura débuté autour de l'orifice supérieur ou dans le ventricule même du larynx, le malade pourra entretenir plus ou moins longtemps ses forces. En effet, dans le premier cas, ce sera la dysphagie qui ouvrira la scène, et tandis que le malade pourra encore, par une bizarrerie de son affection, respirer à son aise, il ne pourra prendre le plus léger aliment sans le payer d'atroces souffrances. S'il échappe, au contraire, à ce mode de début, alors la dyspnée troublera chez lui toutes les fonctions de l'hématose. Mais, quel que soit le symptôme du début, le malade, au milieu de la plénitude de ses forces, verra grandir l'obstacle qui doit le priver des fonctions les plus nécessaires à la vie. Ce sera, comme le dit fort bien M. Fauvel, une cachexie par obstacle, car, il faut bien le dire, jamais l'infection cancéreuse n'a été la terminaison du cancer du larynx. Dans les 37 cas publiés par M. Fauvel, il n'en a pas été observé un seul. C'est à peine si quelquefois on observe une teinte tirant sur le jaune-paille; dans la majorité des cas, l'état général s'est toujours maintenu excellent, et les malades sont morts par asphyxie ou par inanition. Lorsque, par

hasard, on a arraché le malade à ces tristes fins, c'est alors l'épuisement causé par la salivation, les crachats abondants, les douleurs qui sont venus mettre fin à ses jours. La mort subite a été observée sept fois par M. Fauvel. Cet auteur l'attribue surtout aux mucosités accumulées dans les poumons. On peut rapprocher ce mode de terminaison de celui signalé par M. Isambert sous le nom de coup de garrot, où le malade meurt comme étranglé par le resserrement interne de la glotte.

DIAGNOSTIC.

Au point de vue du diagnostic, M. Fauvel considère dans le cancer du larynx, quelle que soit sa nature, deux périodes : la première ou pré-ulcéreuse, et la seconde, période ulcéreuse. Pour lui, le diagnostic différentiel, dans les diverses maladies qui envahissent le larynx, tumeurs, syphilis, scrofule, phthisie, doit être fait sans prendre en considération la nature du néoplasme. M. Isambert, au contraire, adopte pour le diagnostic la même division qui lui a servi de base dans son étude anatomo-pathologique. Au lieu de différencier le cancer, quel qu'il soit, des autres maladies avec lesquelles il pourrait être confondu, il pose en principe que dans la première variété (forme végétante de la maladie), un simple coup d'œil sur le miroir suffit pour reconnaître d'emblée la maladie. Seul, le papillome simple peut être confondu avec un épithélioma intra-laryngien et polypiforme. Pour les distinguer, c'est au microscope qu'on aura recours. La seconde variété (forme squirrheuse) doit être distinguée d'avec les diverses maladies laryngées les

plus communes. Nous préférons adopter, dans cette étude, la division plus clinique de M. Fauvel, qui, en suivant la tumeur dans ses deux phases principales, s'approprie mieux aux circonstances dans lesquelles un médecin est appelé à poser un diagnostic.

Dans la période pré-ulcéreuse, disons tout de suite que la présence de la tumeur étant constatée, il sera fort difficile de dire quelle en est la nature. En présence d'une simple tuméfaction des cordes vocales ou d'une partie quelconque de la muqueuse environnante qui deviera plus ou moins la glotte en la rétrécissant, mais qui n'est encore ulcéreuse nulle part, qui pourra affirmer que c'est une tumeur et non un abcès limité, suite de chondrite, ou une simple laryngite hypertrophique.

La syphilis, la tuberculose laryngée peuvent à ce moment-là être confondues avec le cancer. Pour les en différencier, M. Isambert fait remarquer que, dans la tuberculose, les pleurésies inflammatoires et les infiltrations œdémateuses sont plus marquées; que le développement est plus rapide dans ces affections que dans le cancer. Il attache une grande importance à l'apparition d'un œdème transparent analogue au chémosis de la conjonctive, et qui est fréquent dans la tuberculose. Dans le cancer, au contraire, tout est plus dur, plus ratatiné; aussi M. Fauvel décrit-il, dans le cancer, un œdème dur qui environne les parties envahies par le néoplasme.

Dans cette première période, se place aussi le diagnostic différentiel d'avec le papillome et le fibrome. Ce dernier atteint une grosseur variable et se présente le plus souvent en tumeur isolée. Il peut atteindre le vo-

lume d'un pois, d'une noisette, d'une chataigne. Sa couleur blanc pâle, rose clair, n'est jamais vineuse. Au laryngoscope on le voit ordinairement ballotant, rejeté à chaque mouvement expiratoire.

Ce que nous avons dit plus haut au chapitre anatomie pathologique, nous évite d'entrer ici dans de plus amples détails au sujet du papillome. D'après M. Boeckel, « le cancer épithélial ou médullaire est plus diffus que le papillome; il est sessile, son pédicule est très-large; enfin on l'observe plus rarement que les deux précédents. Au début il ne peut être diagnostiqué, car il n'est constitué que par une simple élevure de la muqueuse. Ce n'est que lorsqu'il a plus de développement qu'on peut le reconnaître à sa surface inégale, rouge foncé ou rouge pâle. Enfin un dernier signe invoqué par M. Boeckel est le siége de la tumeur. Pour lui le cancer affectionnerait surtout les replis ary-épiglottiques.

La seconde période ou période ulcéreuse, est celle où le diagnostic du cancer avec la scrofule, la syphilis, la tuberculose, est d'une importance capitale. La description donnée jusqu'ici par les auteurs des ulcérations syphilitiques doit être modifiée, d'après M. Isambert. Tout le monde connaît la couleur cuivrée donnée comme caractéristique de la syphilis. Cette couleur, dit M. Isambert, est d'un jaune vif et purpurin, d'un rouge scarlatineux. Les ulcérations, au lieu d'être anfractueuses comme celles du squirrhe, sont molles, comme taillées à pic, d'un gris jaunâtre, et ressemblent plutôt aux ulcérations de la tuberculose. Enfin un dernier caractère important, donné par M. Isambert, est

celui-ci : « Les rétrécissements de la glotte et les ulcérations profondes du larynx sont des manifestations tertiaires et tardives de la syphilis; les mêmes apparences dans le squirrhe laryngien se montrent dès le début de la maladie. »

Quoiqu'un peu différents, les signes donnés par M. Fauvel se rapprochent assez de ceux que nous venons d'énoncer. Cet auteur signale, lui aussi, la couleur rouge foncée de la muqueuse et une auréole rouge carmin qui entoure les ulcérations syphilitiques. Enfin les bourgeons qui se développent autour de ces dernières n'arrivent que lentement à atteindre le volume des végétations cancéreuses au début. Si à ces signes différentiels nous ajoutons l'effet d'un traitement anti-syphilitique qui sera la pierre de touche et que tous les auteurs s'accordent à reconnaître comme nécessaire au diagnostic, nous aurons indiqué les principales différences qui existent entre le cancer du larynx et les syphilides de cet organe.

Les symptômes différentiels que nous avons donnés dans la première période pour distinguer la tuberculose du cancer laryngien ne diffèrent pas beaucoup de ceux que nous allons donner ici. Un élément de plus a paru, l'ulcération. La décoloration du larynx serait un signe important pour M. Fauvel. Ces ulcérations n'ont jamais l'aspect déchiqueté, elles sont rarement végétantes; le pus est crémeux, abondant, liquide (Fauvel), moins fétide que la sanie cancéreuse, qui est grisâtre et mêlée d'un sang vermeil (Isambert). Il peut arriver parfois, heureusement le cas est rare, qu'on ait affaire à un cancer tuberculeux. Dans ce cas le diagnostic de-

vient très-difficile, et l'on devra surtout faire un examen attentif de la poitrine. A la période où la phthisie laryngée pourrait être confondue avec le squirrhe laryngien, il y a toujours, d'après M. Isambert, phthisie pulmonaire au deuxième degré, si ce n'est même au troisième.

TRAITEMENT.

Tandis que certains auteurs ne donnent au médecin que le droit de consolateur, et préconisent tous les moyens mis en usage pour permettre au malade d'attendre avec calme et résignation l'issue fatale de la maladie, d'autres, au contraire, ne voient pas dans le cancer une cause suffisante pour se déclarer impuissants, et, partant, ne pas intervenir. Nous retrouvons ici cette divergence d'opinions que depuis longtemps déjà le cancer a soulevées dans le sein de nos sociétés savantes. Le cancer du larynx, comme tous les autres cancers, a son traitement médical et son traitement chirurgical. Du traitement médical, que pourrions-nous dire, si ce n'est qu'il consiste ici comme partout en un régime tonique et en quelques préparations contre les principaux symptômes. Au début, le diagnostic incertain ne permet aucune intervention active. Le malade voit bien sa voix s'altérer ou sa déglutition devenir un peu pénible, mais il n'apporte encore qu'une médiocre attention à ces symptômes, et, sauf dans le cas où le cancer, par son siége, cause des symptômes plus graves, ce n'est en général que lorsque le mal est arrivé à la période confirmée, souvent même à la période ulcéreuse, qu'il vient demander un secours. Ce sera d'abord au traite-

ment anti-syphilitique qu'on devra s'adresser, quels que soient les antécédents de l'individu. MM. Fauvel et Isambert s'accordent pour le conseiller. On emploiera les frictions (4 gr. par jour) (Fauvel), les pilules de proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium. Puis, quand apparaîtront des douleurs soit spontanées, soit pendant la déglutition, quand viendront les hémorrhagies, la salivation, la fétidité ichoreuse de l'haleine, on aura recours aux divers topiques suivants : solution de morphine et de glycérine au 1/50 et 1/25, perchlorure de fer, permanganate de potasse, styptiques ordinaires, caustiques légers (nitrate d'argent); ce dernier moyen devra surtout être employé contre l'œdème qui vient souvent compliquer les dangers. Contre le ptyalisme : la morphine et le chloral. Contre la dysphagie : aliments mucilagineux, laudanum sur les ulcérations. La glace en morceaux a aussi son application dans le même cas. « On attendra ainsi tout doucement la mort du malade. » Voilà la conclusion que nous trouvons dans l'excellente description clinique de M. le Dr Isambert. Veut-on voir l'application de cette pratique? Cet auteur nous en fournit un frappant exemple, trop frappant pour que nous ne le relations pas.

M. G., 48 ans, avoué et marié, est fils d'une mère morte il y a environ vingt ans d'un carcinôme utérin. Son père vient de mourir à l'âge de 75 ans d'un ramollissement cérébral. M. G. avait paraît-il, été traité autrefois pour une syphilis prise à l'âge de vingt ans; mais d'après les renseignements fournis par le malade, il paraît certain qu'il ne s'est pas agi d'une affection constitutionnelle, mais plutôt de chancres non infectants. Depuis l'âge de 32 ans, le malade a été atteint d'un psoriasis considérable siégeant surtout aux coudes et aux genoux psoriasis ayant présenté des alternatives d'exacerbation et d'amélioration, mais, dont il a presque toujours porté les traces. Cette maladie a nécessité

diverses traitements, sulfureux, arsenicaux, iodurés et plusieurs cures thermales à Luchon et à Cauterets, mais sans grands résultats. Avant l'éclosion de ce psoriasis, M. G. avait été sujet à des gastralgies intenses qui s'amendèrent beaucoup par la suite. L'élément dartreux ou arthritique paraît être ici seul en cause et n'avoir aucun rapport avec des accidents spécifiques attribuables à la prétendue syphilis, qui aurait existé antérieurement.

Dans le courant du mois de juillet 1873, M. G., commença à s'apercevoir, que sa voix demeurait de temps en temps très-rauque, et même s'éteignait à la suite des fatigues qu'occasionnait l'usage prolongé de la parole, exigé par sa profession. De plus, le malade fumait beaucoup la cigarette. Au mois d'août la voix était presque constamment rauque. Ce fut alors qu'il vint consulter le Dr Lafont. « L'examen laryngoscopique, dit ce médecin, dénotait une rougeur vive de l'épiglotte et de l'entrée de la glotte. La corde vocale gauche était rouge et tuméfiée, tandis que la droite participait à peine à cette lésion, mais elle avait, comme l'autre, perdu son aspect nacré. Je conseillai de l'eau de goudron, de l'érysimum, des révulsifs (badigeonnage d'iode au devant du larynx, bains de pied sinapisés), et enfin, une saison à Cauterets. Quand le malade partit pour cette station thermale, la voix était presque complètement éteinte, mais il émettait encore quelques sons rauques. A Cauterets, M. G., fut soumis à l'usage des bains, des eaux de la Raillière en boisson, et aux pulvérisations d'eau de César.

« A la fin du mois de septembre, M. G. revint de Cauterets sans la moindre amélioration, et complètement aphone. Il n'accusait pourtant aucune douleur, ni à l'intérieur, ni à l'extérieur, lorsqu'on pressait entre les doigts les cartilages du larynx. L'examen laryngoscopique fit voir la corde vocale gauche toujours tuméfiée d'un rouge lie de vin au dessus des cordes vocales. Le gonflement œdémateux était produit par de petits mamelons, au nombre de trois ou quatre de chaque côté. L'épiglotte était un peu moins tuméfiée et moins rouge qu'auparavant. En outre, au retour de Cauterets, le psoriasis s'était amendé d'une façon très-notable, et la peau présentait à peine quelques traces de cette ancienne affection.

Un traitement institué par le médecin des eaux, et consistant en pluvérisations d'eau de goudron, goudron à l'intérieur, sirop de salsépareille ioduré, solution arsenicale à l'intérieur etc. fut encore suivi quelque temps sans grande amélioration, car le malade restait toujours aphone.

« C'est à la fin du mois de novembre, que je commençai à avoir des doutes sur la nature de cette maladie. La tuméfaction du côté gauche, avait augmenté au point de me faire craindre une affection organique. C'est alors que je remarquai d'une façon très-nette la déviation de l'ou-

verture de la glotte qui était déjetée à droite et irrégulière. Tout le larynx avait d'ailleurs une couleur rouge foncé. Pendant l'émission des sons la corde vocale gauche restait complètement immobile ; la droite seule, avait quelques mouvements peu appréciables. En outre l'inspiration commençait à être un peu gênée, le cornage existait, mais à un degré assez faible. Je me décidai alors à employer des attouchements avec le teinture d'iode au 1/3, puis avec une solution de sulfate de cuivre au 15°. Après une amélioration passagère, qui sembla résulter de ces cautérisations, les symptômes locaux continuèrent à s'aggraver. Les mamelons, que j'ai signalés, persistaient, et les cordes vocales, ne reprenaient point leur aspect nacré ordinaire.

« Dans les premiers jours de janvier 1874, les cautérisations furent faites avec une solution de nitrate d'argent au 25°. On obtint par ce nouveau topique, un peu de diminution de la rougeur et de la tuméfaction et quelques sons rauques purent être émis, mais l'amélioration se borna là. Pendant tout le temps, la santé générale était assez bonne. M. G., vaquait à ses occupations dans son bureau, mais il n'allait plus au tribunal. Il mangeait avec appétit, et sortait chaque fois que le temps le lui permettait.

« Au commencement de février, une poussée considérable de psoriasis commença à se manifester sur le tégument externe, une quantité de plaques psoriasiques constellèrent la peau de toutes les parties du corps. En même temps apparut une dyspepsie assez intense. On cessa le goudron, les préparations iodurées, les cautérisations : l'eau de Vichy (source de l'hôpital) fut ordonnée. Durant tout le mois de février; l'émission de sons devint de plus en plus rare, et, au commencement de mars, M. G., était de nouveau, presque complètement aphone. Cependant, malgré l'absence de timbre, lorsqu'il parlait, on l'entendait plus facilement que dans le mois auparavant. Les symptômes gastriques s'amendèrent, mais le psoriasis était toujours très-confluent. Vers le 10 mars, l'inspiration devint un peu plus difficile et bruyante par moments.

Le cornage avait beaucoup augmenté et s'entendait à distance, quand on se trouvait dans la pièce à côté de celle où se tenait le malade. Je fus même, une fois appelé dans la nuit, par suite de la gêne respiratoire. Le malade se réveillait souvent en sursaut avec une sensation bizarre : il s'imaginait que quelqu'un cherchait à l'étouffer en lui pressant le cou: c'est là un fait qu'il m'a répété à plusieurs reprises. J'avais, dès le mois de février, prévenu son frère, de la gravité, que me paraissait avoir la maladie, et j'avais dit que je craignais une affection organique du larynx: ces derniers symptômes me confirmaient dans cette idée. Au laryngoscope, la tuméfaction avait augmenté, et j'apercevais sur la tumeur des bosselures bien manifestes, de plus la glotte était

tout à fait rejetée à droite. A l'auscultation des poumons, la respiration était normale, plus faible toutefois sur la clavicule droite ; à la percussion, il y avait aussi un peu moins d'élasticité sous le doigt dans la même région. Tous ces symptômes me faisaient donc craindre une affection organique ; mais, n'ayant pas une foi entière dans mes connaissances laryngoscopiques, je lui parlai d'un voyage à Paris, Je me disais que si mon diagnostic était erroné, et que ce fût soit un abcès, soit une tumeur sur laquelle on pût agir, il était nécessaire d'avoir affaire à un homme plus compétent que moi en pareille matière. Je l'adressai donc au directeur Isambert, sous la direction duquel j'avais fait mes premières investigations laryngoscopiques à l'hôpital de la Charité à Paris.

M. G., partit pour Paris, le 29 mai 1874. A son arrivée, M. Isambert trouva une tumeur rouge, tendue comme œdémateuse (probablement sous l'influence du voyage) sur la corde vocale droite, la fente glottique, oblique et rejetée à gauche et la corde vocale droite présentant une rougeur chronique. Il réserva son diagnostic quelques jours, admettant la possibilité d'un abcès, mais voulant voir avant tout ce que le larynx deviendrait sous l'influence du repos et de quelques attouchements avec de la morphine, puis avec un styptique. Au bout de deux ou trois séances, la tuméfaction inflammatoire disparut: les bosselures de la tumeur, sa lividité devinrent plus apparentes, et bientôt on reconnut une ulcération anfractueuse et d'aspect lardacé, occupant le bord libre de la corde vocale au-dessous de la tumeur bosselée. Le doute n'était plus possible, et, après avoir étudié quelques jours la maladie, M. Isambert renvoyait M. G. dans son pays, avec quelques bonnes paroles, mais en prévenant immédiatement le sieur Lafont de la gravité du pronostic, résultant du diagnostic suivant : Cancer intra-laryngien de de forme squirrheuse. Il prévoyait que la marche serait probablement rapide, et discutait d'avance l'opportunité d'une trachéotomie, pour la déconseiller comme étant une opération sans avenir, à moins que quelque raison d'ordre moral, la nécessité de mettre ordre à ses affaires, de dicter un testament etc., ne rendît nécessaire la prolongation des jours du malade. Malheureusement, ces prévisions devaient se réaliser, dans un délai encore plus court que nous ne le pensions l'un et l'autre.

M. G., revint à Bayonne le 19 avril. Dans l'espoir d'atténuer la dyspnée, on lui fit des frictions sur les cuisses avec l'huile de croton, on lui fit prendre des bains de vapeur, mais le mal alla en s'aggravant. Le cornage ne fit que s'augmenter sans laisser un instant de répit. Les nuits se passaient sans sommeil; à peine était-il endormi, qu'il était réveillé brusquement par ce cauchemar qui lui donnait à croire que quelqu'un l'étranglait. Il lui devint impossible de se coucher.

« Le 24 avril, ajoute le sieur Lafont, je me trouvai dans la dure nécessité de prévenir la famille, de l'issue fatale et de proposer la trachéo-

tomie. J'eus une consultation avec deux de mes confrères de Bayonne, et je leur fis part de la lettre de Dr Isambert, et de l'avis qu'il y émettait sur l'opportunité de l'opération. Je fis venir la famille; toutes les affaires avaient été réglées par le malade : testament, succession de l'étude, etc. Malgré cela, navré de voir mourir cet homme dans la plénitude de ses forces, je proposai encore l'opération ; mais devant l'assurance que ce n'était point une opération curative, mais simplement palliative, elle fut refusée. Alors, commença une agonie terrible, telle que celle des enfants atteints du croup. Le 24 au soir, la respiration était extrêmement gênée, le cornage avait atteint une grande intensité ; le malade était couvert d'une sueur froide et visqueuse, et il était en proie à une anxiété des plus pénibles. Il se levait, s'asseyait, se couchait; son intelligence était entière. Toute la journée du 25 se passa ainsi. Vers minuit, le 26, il y eut un peu plus de calme. Nous pûmes coucher le malade sur son lit, et il y resta jusqu'à 4 heures du matin, heure à laquelle il mourut. Je n'ai jamais assisté à une scène aussi pénible. J'ajouterai qu'à aucun moment de la maladie, je n'ai noté de la dysphagie, non plus que la moindre hémorrhagie. »

L'autopsie n'a malheureusement pas été faite comme il arrive pour les malades de la clientèle civile. Cependant le diagnostic cancer ne peut être douteux, et l'aspect anfractueux de la tumeur, son développement intra-laryngien, la rapidité de l'asphyxie finale font de cette observation un des types les plus nets de la forme décrite sous le titre de cancer intra-laryngien squirrheux. Il est bon aussi de noter, que le cancer était unique, qu'il s'était développé d'emblée dans la glotte même, et, qu'enfin, il coïncidait avec une diathèse herpéto-arthritique invétérée.

Pas même la trachéotomie! Ne dirait-on pas que nous en sommes encore au temps où tout individu porteur d'un mal dans une cavité était implacablement abandonné à son triste sort? Qu'on ne croie pas cependant que M. Isambert repousse complètement la trachéotomie; non, il l'autorise quelquefois pour l'honneur du corps médical. Pour lui, et en cela il croit suivre la même route que nos maîtres les plus autorisés (Velpeau, Nélaton, Laugier), il trouve plus naturel, plus humain de laisser à la « natura medicatrix » le soin de guérir le malade, se réservant le rôle de consolateur. Heureu-

sement pour l'humanité que cette pratique a contre elle les faits, et des faits si probants que personne aujourd'hui ne doit hésiter à pratiquer d'abord la trachéotomie, sans distinction de cas, et, si le mal le permet, à en tenter l'extirpation. Nous trouvons dans le traité de M. Fauvel que 7 malades non trachéotomiés, atteints de cancer encéphaloïde, ont vécu trois ans en moyenne, 8 trachéotomiés ont vécu trois ans et neuf mois; 6 non trachéotomiés, atteints d'épithélioma, ont vécu en moyenne trois ans et neuf mois; 7 trachéotomiés pour le même genre de cancer, ont vécu aussi trois ans et neuf mois. Disons avec M. Fauvel : « La trachéotomie prolonge toujours la vie du malade. Elle constitue le traitement chirurgical, palliatif par excellence, du cancer laryngien. Outre qu'elle permet au malade de respirer, elle immobilise et condamne au repos l'organe malade. » Nous acceptons complètement la doctrine de M. Fauvel. Un seul point peut-être mérite d'être signalé. Dans ses observations sur les résultats fournis par la trachéotomie, cet auteur fait remonter le début de la maladie au moment où, pour la première fois, est apparue l'altération de la voix. Ce point de repère manque peut-être d'un peu de précision. Rien de plus variable que cette altération qui subit continuellement des hauts et des bas. Mieux vaudrait, ce nous semble, prendre l'apparition de la tumeur ou de la dyspnée pour voir l'influence vraie de la trachéotomie sur la durée de la vie des malades.

Un dernier conseil donné par M. Fauvel, et dont l'importance n'échappera à personne, c'est de pratiquer l'opération aussi bas que possible, car il arrive trop

souvent que le mal dans sa marche envahissante attaque les bords de la plaie et rend le séjour de la canule difficile, parfois même impossible.

Si à la trachéotomie nous ajoutons les cautérisations au nitrate d'argent, l'arrachement de certaines parties de la tumeur à l'aide de nœuds écraseurs, guillotine, nous en aurons fini avec le traitement palliatif du cancer.

Traitement curatif pratiqué par les voies naturelles. Ce traitement n'est curatif que dans l'intention de celui qui le pratique. Les instruments que nous possédons pour attaquer les tumeurs du larynx par la voie naturelle ne nous permettent pas de dire que tout le mal est enlevé. Le galvano-caustic aurait de grands avantages, mais son maniement est difficile et les cas de succès complets sont rares, croyons-nous. Néanmoins, cette méthode est la première que le médecin doit suivre. Combinée avec les cautérisations, elle permettra d'attendre et soulagera.

Le vrai traitement curatif comprend la laryngotomie, l'extirpation partielle et l'extirpation totale du larynx. De la laryngotomie que dirons-nous? Les succès de M. le professeur Verneuil et de tant d'autres qui n'ont pas hésité à suivre le grand exemple donné par Brauers et Erhmann lui ont assuré rang dans le traitement du cancer du larynx. Cette question a été traitée avec tout le soin qu'elle méritait par M. le docteur Planchon dans sa thèse sur la laryngotomie (Paris, 1869).

Nous trouvons l'extirpation partielle dans le cas de tumeur maligne, signalée par M. Schwebel (thèse Stras-

bourg, 1866). Celle-ci n'a pas été appliquée, tandis que l'extirpation totale du larynx, pratiquée déjà un certain nombre de fois, attire tous les jours l'attention des chirurgiens.

Les renseignements que nous donnons ici sont tous dus à mon ami le docteur Hermantier, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, qui est parvenu à réunir tous les cas de cette opération. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous laisser l'honneur d'en parler le premier.

L'extirpation totale du larynx a été pratiquée 9 fois par MM. Billroth (Vienne, 2 fois), Maas (Breslau, 2 fois), Heine (Prague), Schmidt (Francfort-sur-Mein), Langenbeck (Berlin), Bottini (Italie) Schoenborn (Kœnigsberg).

Pour en avoir une idée nette, il faut comparer entre elles les observations. On verra alors qu'elle a été pratiquée dans des cas si différents, qu'il est difficile de porter un jugement.

Des 9 observations que nous venons de signaler, 2 ou 3 seulement sont connues en France, et 3 d'entre elles sont encore complètement inédites. Nous ne voulons pas empiéter sur le travail de notre ami le Dr Hermantier; nous nous contenterons de donner les résultats.

Des deux malades de Billroth, l'un a survécu trois mois; le deuxième est mort le quatrième jour après l'opération.

Le premier opéré de M. Maas mourut le quatorzième jour après l'opération. Le deuxième cas, datant du 5 février de cette année, a eu un succès complet. Ce malade vit et parle. De même le malade de M. Bottini (Italie) opéré le 6 février 1875. Une lettre de cet éminent chirur-

gien de Turin, que nous avons lue, raconte que le malade se livre aux travaux de la campagne sans s'apercevoir de rien, que son état général est excellent. Le malade opéré par M. le professeur Heine de Prague a survécu six mois. Le malade de Schmidt est mort quelques jours après l'opération. Reste le cas de Langenbeck, qu'on a rangé à tort, d'après M. Hermantier, dans l'extirpation totale du larynx. Le septième jour, la température était normale, la fièvre était tombée. D'ailleurs cette observation se trouve *in extenso* dans les Annales des maladies de l'oreille et du larynx, t. I, p. 371.

OBSERVATIONS.

Observation. — X..., charbonnier âgé de 39 ans, demeurant à Paris, vient consulter le Dr Fauvel à son dispensaire le 20 novembre 1873. Il se plaint d'être très-gêné pour respirer, et en effet, au moment où nous le voyons il fait entendre un bruit de cornage très-rauque et très-dur. La voix, mauvaise, peut être entendue de loin. M. Fauvel avant de procéder à l'interrogatoire du malade pratique de suite l'examen laryngoscopique qui est facilement supporté.

L'épiglotte est saine ainsi que les replis aryténo-épiglottiques. La muqueuse aryténoïdienne est très-rouge et très-injectée. Les cordes vocales supérieures ainsi que les inférieures ne peuvent être vues que dans leur quart postérieur environ. Seul aussi le quart postérieur de l'orifice glottique est visible. Les trois quarts antérieurs sont masqués par une tumeur de la grosseur d'une noix muscade.

Cette tumeur présente les caractères suivants : elle est assez régulièrement arrondie et atteint en hauteur la moitié de l'épiglotte environ. Sa face antérieure est immédiatement appliquée sur la face postéro-inférieure de l'épiglotte. Les côtés atteignent les deux replis aryténo-épiglottiques, de telle sorte qu'elle pourrait être couchée sur les cordes vocales supérieures et inférieures. Sa face postérieure limite l'orifice glottique en avant ainsi que nous l'avons dit plus haut. Elle est d'un rouge foncé, sillonnée irrégulièrement de petits vaisseaux qui semblent être dilatés dans certains endroits, et recouverte de mucosités visqueuses et filantes qui doivent être enlevées avec un pinceau, si l'on veut se faire une idée juste de la coloration du néoplasme. Le point d'insertion exact de cette tumeur ne peut être déterminé avec le laryngoscope, car elle est immobile et semble être encastrée dans l'orifice supérieur du larynx,

sur lequel elle semble se mouler. Cependant nous verrons dans un instant que les symptômes fonctionnels observés chez notre malade permettent jusqu'à un certain point de déterminer ce point d'implantation.

Avant tout autre examen du malade, et d'après l'aspect seul de la tumeur, M. Fauvel porte le diagnostic de cancer du larynx.

Le malade est brun, grand, vigoureux. Il nous raconte qu'il y a dix ans, à la suite d'un rhume qui persista quatre mois consécutifs, sa voix changea complètement de timbre; de claire qu'elle était elle devint rauque et sombre. Elle était alors, nous dit-il, ce qu'elle est maintenant, à peu de chose près, mais beaucoup plus forte.

Il y a deux ans, il ressentit pour la première fois une douleur assez vive au niveau du côté droit du cou, cette douleur survenait surtout lorsque le malade ne prenait pas la précaution de s'entourer le cou d'une étoffe de laine. Il croyait alors n'avoir qu'un simple torticolis.

Trois mois après l'apparition de cette douleur, il commença à tousser; alors les douleurs avaient perdu de leur intensité pour devenir sourdes mais continues. La toux survenait par accès et surtout au moment des repas, quoique à cette époque il n'y eût pas encore gêne de la déglutition. Le malade ne peut pas nous dire s'il existait alors des ganglions sous-maxillaires engorgés, mais il nous affirme qu'il n'avait jamais craché de sang.

Pas d'antécédents syphilitiques. Pas de scrofule. Rien à la poitrine autant qu'on puisse en juger, car l'auscultation de la poitrine est rendue très-difficile et imparfaite, à cause du bruit de cornage que fait entendre le malade pendant l'inspiration.

Ces différents symptômes restèrent à peu près stationnaires jusqu'au mois de juillet de l'année 1874. A cette époque, sans cause appréciable les douleurs reprirent leur caractère d'acuité ; le malade les compare à la douleur que lui aurait causée une aiguille enfoncée à travers le cou. Apparut alors aussi une légère gêne de la respiration accentuée seulement lorsque le malade montait des escaliers ou qu'il voulait courir. Cette gêne augmenta progressivement, et depuis un mois et demi environ, elle est telle que le malade ne peut plus dormir dans son lit. A quatre ou cinq reprises différentes, et cela depuis quinze jours seulement, crachats sanglants. La première fois il y eut presque une laryngorrhagie. Le malade évalue à un quart de verre environ la quantité de sang rendue. Cette hémorrhagie date du 4 ou 5 novembre 1874. Salivation abondante et dont se plaint le malade. Gêne de la déglutition, mais peu marquée, depuis à peu près un mois. Trois ganglions sous-maxillaires du côté droit sont engorgés. Ces ganglions ne sont pas très-volumineux, ils sont de la grosseur d'une petite noix et très-durs.

L'haleine n'est pas mauvaise, ce qui s'explique par l'absence d'ulcération visible.

Nous ne trouvons rien à noter dans les antécédents de ce malade. Cependant une de ses sœurs paraît être morte d'un cancer du col de l'utérus.

L'ensemble de ces symptômes et leur mode d'évolution confirment le diagnostic de cancer laryngien porté *à priori*.

Quant au siége même de l'implantation de la tumeur il doit se trouver à la base de l'épiglotte sur la corde vocale supérieure droite, très-probablement. En effet, les cordes inférieures sont intactes, puisque le malade peut encore parler assez clairement. Les replis aryténo-épiglottiques sont visibles, sains, et non œdématiés, il en est de même de la muqueuse aryténoïdienne. Il n'y a donc d'invisibles que les cordes supérieures, aussi bien la gauche que la droite il est vrai, mais c'est seulement du côté droit du cou que nous trouvons des ganglions engorgés et c'est encore de ce côté que le malade a ressenti des douleurs pour la première fois.

En présence des menaces de snffocation, M. Fauvel propose au malade la trachéotomie. Il s'y refuse absolument. Il n'y avait pas à songer à arracher la tumeur, car sa vascularisation pouvait à juste raison faire craindre une suffocation plus intense. Pour pratiquer cet arrachement ou la destruction par le galvano-cautère, la trachéotomie eût encore été nécessaire. Le malade est mis à un traitement mercuriel et iodique.

Nous le voyons le 3 janvier 1875. Les symptômes sont absolument les mêmes. Les crachats sanglants sont plus fréquents, la salivation plus abondante. On interrompt les frictions mercurielles.

Le 15, on touche la surface de la tumeur avec une solution d'acide chronique au 1/10. Suffocation très-intense.

Le 19, rien de changé dans l'état du malade. Nouvelle cautérisation.

Le 25 janvier, le malade meurt asphyxié presque subitement.

Observation. (Service de M. Broca.)

X,.., teneur de livres, âgé de 51 ans, est un homme de taille moyenne, doué d'une constitution robuste ; sauf la rougeole dans son enfance et une blennorrhagie dans sa jeunesse, cet homme n'a jamais eu de maladie jusqu'en 1874.

Son père est mort à 41 ans à la suite d'un accident; sa mère est morte à l'âge de 42 ans, hydropique. Ni l'un ni l'autre n'avaient présenté de manifestations diathésiques d'aucune sorte.

Au mois de décembre 1874, se déclara subitement, dans le cour d'une conversation, un accès de toux violent suivi immédiatement d'ex-

tinction de la voix. A partir de ce jour, le malade ne recouvra plus jamais sa voix naturelle ; elle restait toujours rauque et voilée avec des alternatives d'amélioration légère qui duraient peu.

L'année 1875 se passa ainsi tout entière, sans grandes souffrances et surtout sans changement notable dans son état général qui se maintenait satisfaisant.

Au mois de février 1876, le malade, dont la respiration avait été jusque-là, égale et facile, remarqua que les moindres efforts amenaient de l'essoufflement ; « tous les soirs, en rentrant chez moi, dit-il, obligé de monter deux étages, j'arrivais essoufflé à tel point, que j'étais obligé de me reposer pendant un quart d'heure. » L'état dyspnéique se prononça de plus en plus ; et le 10 mars 1876, le malade fut pris d'accidents tels qu'il fallut recourir au médecin. Ce jour-là son essoufflement prit des proportions inattendues, le malade étouffait ; le docteur Gailletan, appelé en toute hâte, fit entrer sur-le-champ le malade de Lyon à l'Hôtel-Dieu, à 2 heures du matin.

Le malade nous dit qu'il se croyait à son dernier moment ; cependant la dyspnée ne doit pas avoir été aussi absolue qu'il le prétend, car à son arrivée à l'Hôtel-Dieu (nuit de 10 à 11), la trachéotomie ne fut pas jugée nécessaire. On se contenta de lui appliquer quelques sinapismes aux pieds et aux mains. Le lendemain 11, le malade fut tranquille pendant toute la journée, sans trop souffrir.

Le 12, au matin, M. Letiévent laissa l'ordre de pratiquer la trachéotomie, si l'état du malade le rendait nécessaire.

Le malade, impatient de ses souffrances, et voyant qu'on n'y apportait aucun remède, demanda sa sortie dans la journée. Il rentra chez lui, et là, le soir même à 4 heures, M. Gailletan pratiquait la trachéotomie. L'opération dura une heure un quart, elle apporta un soulagement immédiat. La canule fut laissée en place, sans déterminer d'autre accident qu'une légère bronchite terminée au bout de quatre jours. Le malade supportait parfaitement la canule et reprit son train de vie habituel. Il est à noter qu'à cette époque, il n'avait encore éprouvé aucune douleur caractéristique dans la partie malade. Cet état se maintint pendant tout le mois d'avril. Le malade commençait à maigrir, ses forces sont encore bonnes

Dans le courant du mois de mai, apparurent les premiers symptômes de dysphagie ; un léger ptyalisme se déclara. Le malade qui n'avait craché que très-peu jusque-là, expectora davantage, les crachats étaient visqueux, obstruant parfois la canule, rarement striés de sang, sans odeur caractéristique.

Vers la fin du mois, le malade sentit son cou grossir sur le devant. Cette tuméfaction était dure, mal limitée, d'apparence probablement phlegmoneuse. Car d'après le malade, le médecin traitant aurait parlé

d'élimination de cartilages enflammés; quoi qu'il en soit, on lui appliqua des cataplasmes. L'engorgement persista sans modification sensible; et les choses se maintiennent dans cet état jusqu'au 18 juillet, où le malade devait partir pour Paris.

Au moment de prendre le train, une hémorrhagie se déclara tout autour de la canule (d'après ce que dit le malade). Cet accident n'eut pas de suite fâcheuse, et ne retarda le voyage que d'un jour.

Arrivé à Paris le 21 juillet, il entra à l'hôpital des Cliniques le 22.

État actuel au 22 juillet. Ce malade est maigre, les traits tirés, teinte subictérique très-légère, les yeux caves; il se montre très-nerveux, comme agacé dans la conversation et s'affecte beaucoup de son état.

Ce qui frappe au premier abord, c'est le développement exagéré du cou du malade. A la partie inférieure, au-dessous de l'angle supérieur du thyroïde, il y a de chaque côté de la ligne médiane, une tumeur plus prononcée à gauche; la peau est rouge, d'apparence érysipélateuse. Le toucher révèle une fluctuation profonde, avec une sensation de douleur plus vive à droite qu'à gauche. Si maintenant on cherche à limiter les bords du larynx, on les trouve presque cachés sous les sterno-mastoïdiens; au-dessus du liquide, et sur les côtes, le toucher donne une dureté ligneuse. Deux petits ganglions de chaque côté de la mâchoire, sont engorgés et roulent sous le doigt.

La dysphagie est très-prononcée. Ce n'est qu'au prix de douleurs atroces que le malade peut avaler certains aliments; il en est résulté un amaigrissement rapide. Il n'y a ni douleur lancinante sur place, ni irradiation du voisinage. Ptyalisme très-abondant sans odeur spéciale, pas plus que l'haleine du malade. Par la canule il expectoration d'un liquide muco-purulent assez visqueux; à de rares intervalles quelques petits filets de sang.

Comme examen laryngoscopique, nous ne possédons que les renseignements fournis par le malade sur un examen pratiqué par M. Blanc, à Lyon, le 6 mars 1876. Ce médecin habile diagnostiqua une tumeur du larynx et essaya même d'en faire l'extirpation, mais les étouffements continuels du malade, arrêtèrent son opération.

L'examen de l'arrière gorge ne révèle rien de particulier. Si au diagnostic, de M. Blanc nous joignons les symptômes généraux, l'âge du malade, le diagnostic de cancer au larynx est très-probable; nous regrettons vivement de n'avoir pu nous aider du miroir qui nous eût permis d'affirmer.

CONCLUSIONS.

Il est difficile de donner des conclusions sur un sujet encore à l'étude. Nous pouvons dire cependant que, de notre travail, il résulte :

1. Le cancer primitif du larynx est une affection rare; on peut cependant en rassembler soixante cas au moins dont le diagnostic est certain. Les deux grandes variétés sont : cancer médullaire et cancer épithélial.

2. Mais à côté de ces deux formes de cancer primitif, on doit mettre certaines tumeurs d'apparence bénigne au début, et qui, sous l'influence d'une prédisposition du sujet, peuvent rapidement prendre un caractère grave de malignité.

3. Un caractère dominant du cancer de cette région, est sa tendance à n'envahir que les parties voisines : pharynx, cartilages, œsophage, premier anneau de la trachée, épiglotte, sans qu'on ait pu encore observer un cas non douteux d'infection générale.

4. Au début, le diagnostic est difficile. Mais dans la suite l'aspect de l'ulcération, la marche de la tumeur rendent le diagnostic trop certain.

5. Il se déclare à la longue une sorte de cachexie très-bien désignée par M. Fauvel sous le nom de Cachexie par obstacle.

6. Dans le traitement, ne pouvant encore songer à une cure radicale, on doit chercher surtout à s'opposer à l'inanition et à l'asphyxie par la trachéotomie et l'extirpation de la tumeur, quand le diagnostic sera certain et que son siége et son étendue la rendront justiciable

de nos moyens d'excèse par les voies naturelles ou artificielles.

7. Pour obtenir une extirpation plus complète, la laryngotomie devra être préférée. Cette opération, si elle ne guérit pas, adoucira du moins la vie du malheureux et la prolongera.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUF.

FAUVEL. Traité des maladies du larynx.
MANDL. Traité des maladies du larynx et du pharynx.
BŒCKEL. Mém. de la Soc. de Chir. (Laryngotomie, 1868, t. VI.)
— *Dict. de méd. et de chir. pratiques.* Article larynx,
DURET. *Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1876.
KRISHABER. *Dict. encycl.* (Articles larynx, polypes et cancer).
ISAMBERT. *Ann.* des maladies de l'oreille et du larynx, t. I, 1876 et t, II n° 1 et 2, 1876.
BLANC. Thèse de Paris, 1872, n° 3
FOLLIN et DUPLAY. Traité de pathologie externe, 1876. (Maladies du cou).
SCHWEBEL. De la laryngotomie thyroïdienne, (Thèse Strasb., 1866).
PLANCHON. Thèse Paris, 1869.
KUHN. Thèse Strasbourg, 1865.

Vu : le président de la thèse,
VERNÉUIL.

Permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie,
A. MOURIER

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Du Bassin.

Physiologie. — Du rôle des diverses parties de la moelle épinière.

Physique. — De la mesure des températures. — Applications à la physiologie et à la pathologie.

Chimie. — Des acides chlorhydrique, bromhydrique, iodhydrique, cyanhydrique et sulfhydrique, leur préparation et leurs caractères distinctifs.

Histoire naturelle. — Qu'est-ce qu'un cétacé? — Des fanons et du blanc de baleine. — De l'ambre gris. — De l'huile de baleine, dite de poisson.

Pathologie externe. — Signes physiques des fractures.

Pathologie interne. — De la phthisie aiguë.

Pathologie générale. — De l'antagonisme morbide.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'altération du sang.

Pharmacologie. — De la sublimation et de la calcination, de la torréfaction. Quels sont les principaux médicaments obtenus par calcination et par sublimation?

Thérapeutique. — Des diverses voies d'absorption des médicaments.

Hygiène. — Des quarantaines.

Médecine légale. — Quels sont les poisons qui ont des caractères chimiques mal définis ou incomplets, et dont la nature doit être confirmée par des expériences physiologiques?

Accouchements. — De la mort du fœtus aux différentes époques de la grossesse.